

CEFALEA

Javier Adrián Gutiérrez, Paula Vázquez López

*Servicio de Urgencias Pediátricas,
Hospital General Gregorio Marañón, Madrid*

- **INTRODUCCIÓN**
- **CLASIFICACIÓN DE LAS CEFALAS**
- **DIAGNÓSTICO**
- **CRITERIOS DE DERIVACIÓN UNIDADES NEUROPEDIATRÍA**
- **TRATAMIENTO Y PROFILAXIS**
- **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**
- **TEST DE EVALUACIÓN**

INTRODUCCIÓN

La cefalea infantil se ha convertido en los últimos años en una causa frecuente de consulta médica en Atención Primaria, y es actualmente el motivo de consulta más frecuente de derivación de patología neurológica a las Unidades de Neuropediatría^(1,2). Esto es debido a varios factores:

- a) **Ansiedad familiar**, ya que, aun siendo un problema banal en la inmensa mayoría de los casos, genera gran preocupación en los padres.
- b) **Aumento de la prevalencia** en los últimos años (estrés?).
- c) Aumento en la **práctica de medicina defensiva**, optando en ocasiones por remitir al especialista un caso que no merecería, por sus características, una atención especializada, debido a que existe una **demanda familiar de técnicas de neuroimagen** para reafirmar la ausencia de patología neurológica grave.

Al margen de la importancia de la cefalea como signo de enfermedad grave, situación excepcional, el padecimiento de la misma repercute en la calidad de vida del niño; es más frecuente en estos pacientes la aparición de trastornos psicosomáticos, absentismo escolar, menos participación en actividades sociales, problemas en las relaciones familiares y problemas de concentración⁽³⁾. La actuación del médico ante un niño con cefalea debe tener presente la demanda familiar, no siempre explícita, de 3 aspectos⁽⁴⁾: la explicación de la causa de su dolor de cabeza, cómo aliviar la cefalea y el convencimiento de que su hijo no tiene ninguna enfermedad grave.

En cuanto a la epidemiología, los criterios diagnósticos de cefalea utilizados son un factor determinante en la estimación de la prevalencia. En un estudio realizado en nuestro medio⁽⁵⁾, para una edad entre 3 y 15 años, la prevalencia de cefalea tensional fue de 37,9-46,3%, y de migraña 4,4-11,1%. En EE.UU., en un estudio realizado en 10.000 niños entre 4 y 17 años⁽⁶⁾, un 6,7% padecía cefaleas frecuentes o intensas. Las cefaleas son más frecuentes a mayor edad, tienen mayor prevalencia en el sexo femenino, existe una importante carga genética principalmente materna (en algunas series hasta el 73% de los pacientes, herencia poligénica multifactorial) y se ha observado un marcado incremento del número de casos en los últimos años.

CLASIFICACIÓN DE LAS CEFALÉAS

El intento de sistematizar las cefaleas infantiles en una clasificación representa una ardua tarea, habida cuenta de los distintos enfoques que pueden ser utilizados. A pesar de que la clasificación más actual corresponde a la realizada por la IHS (*International Headache Society*)⁽⁷⁾, es demasiado extensa para la población infantil, ya que contiene un número importante de trastornos que nunca se presentan en niños. En la práctica clínica habitual es más útil la clasificación según causa y patrón temporal (Figura 1):

Figura 1

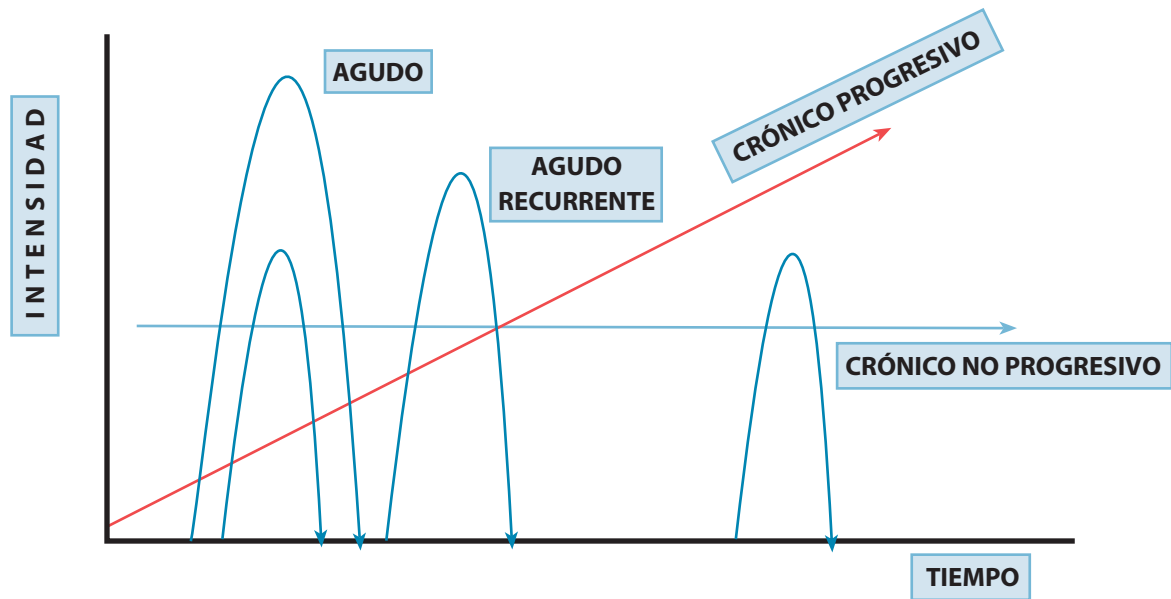
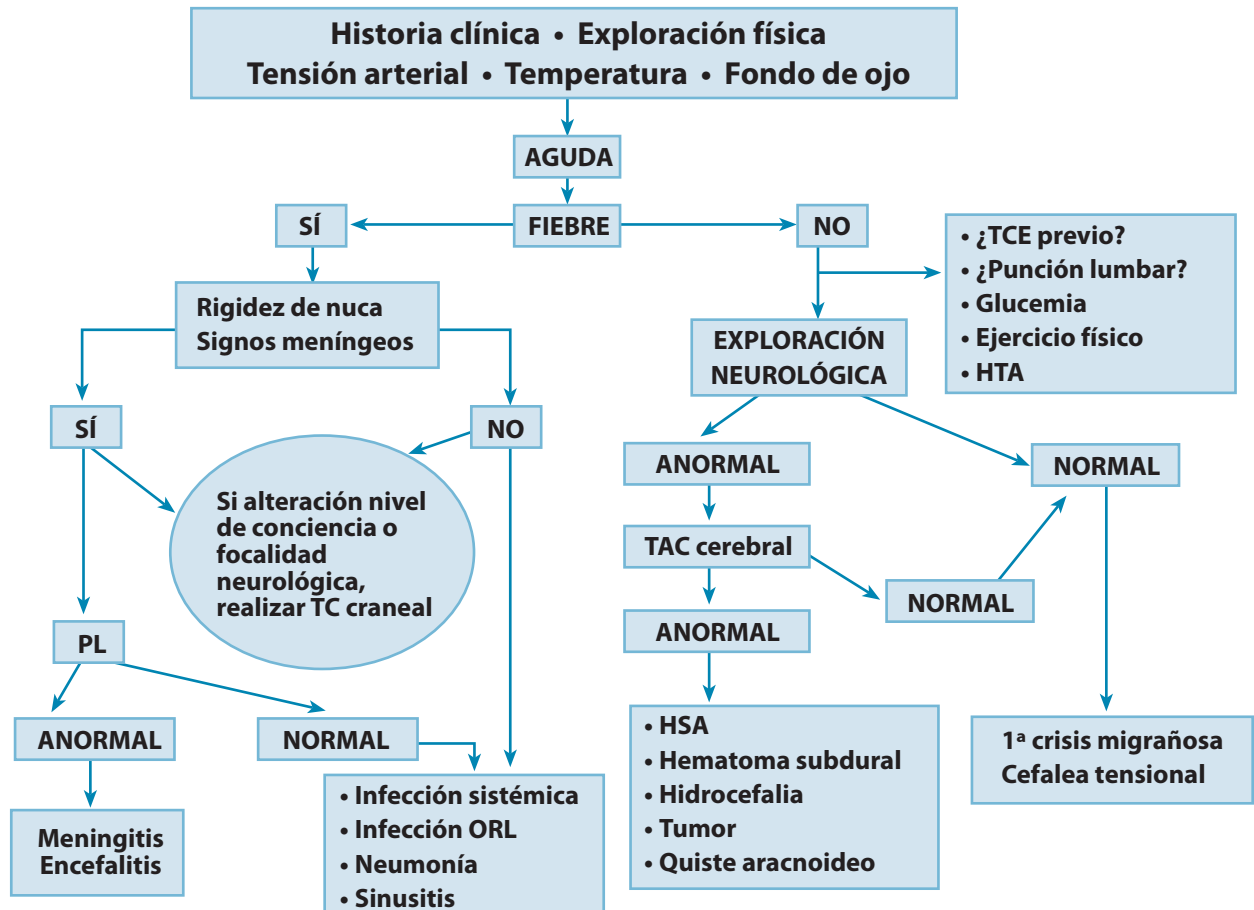


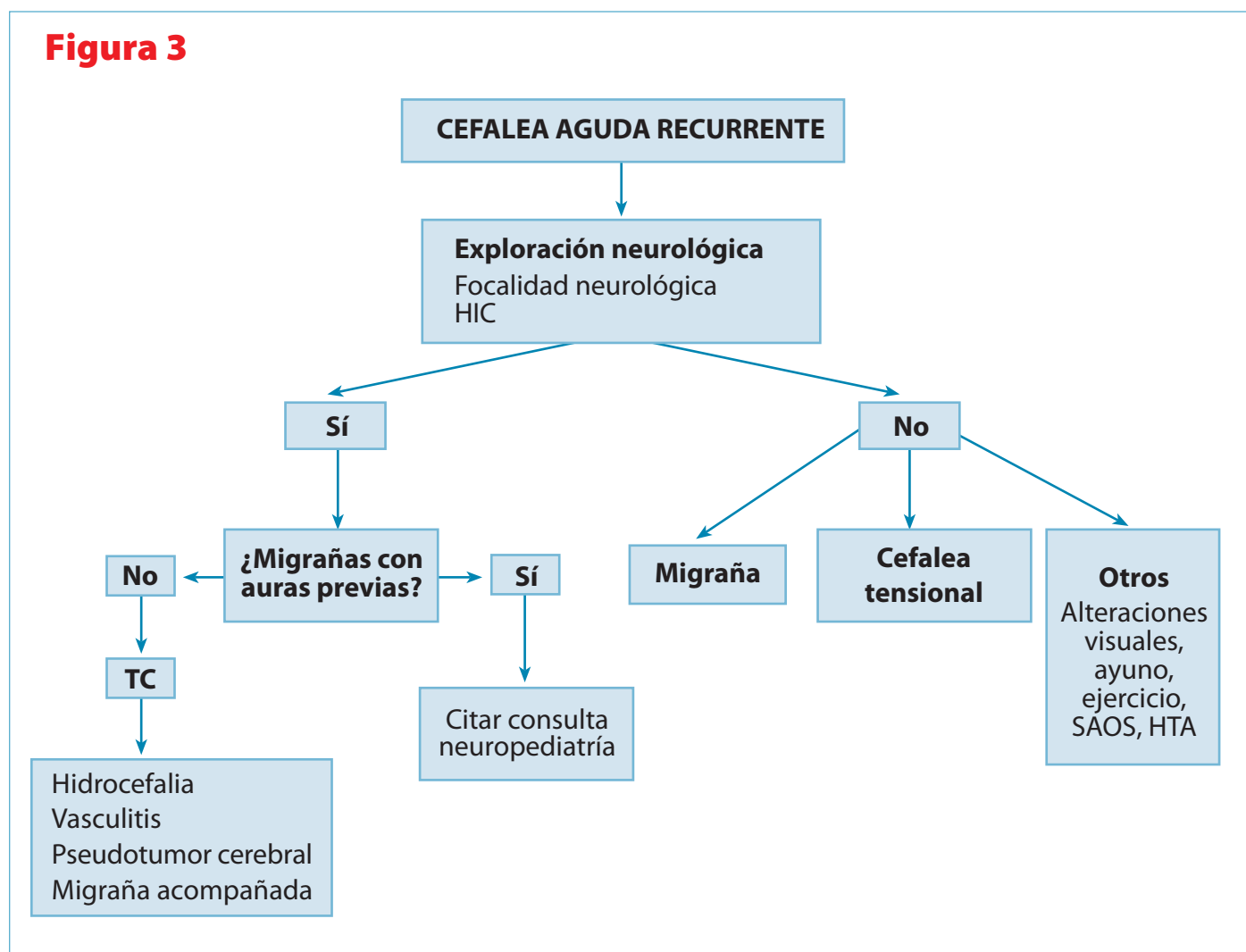
Figura 2



Cefalea aguda

Episodio único de cefalea de menos de 5 días de evolución. Se debe clasificar como cefalea febril o afebril, episodio agudo o recurrente. La causa más frecuente⁽⁸⁾ son las infecciones víricas de vías respiratorias altas (39%), seguida de migraña sin aura (18,0%). En un estudio realizado en una Unidad de Urgencias Pediátricas⁽⁹⁾ todos los niños con tumor cerebral o hemorragia intracraneal presentaban al diagnóstico signos neurológicos positivos (Figura 2).

Figura 3

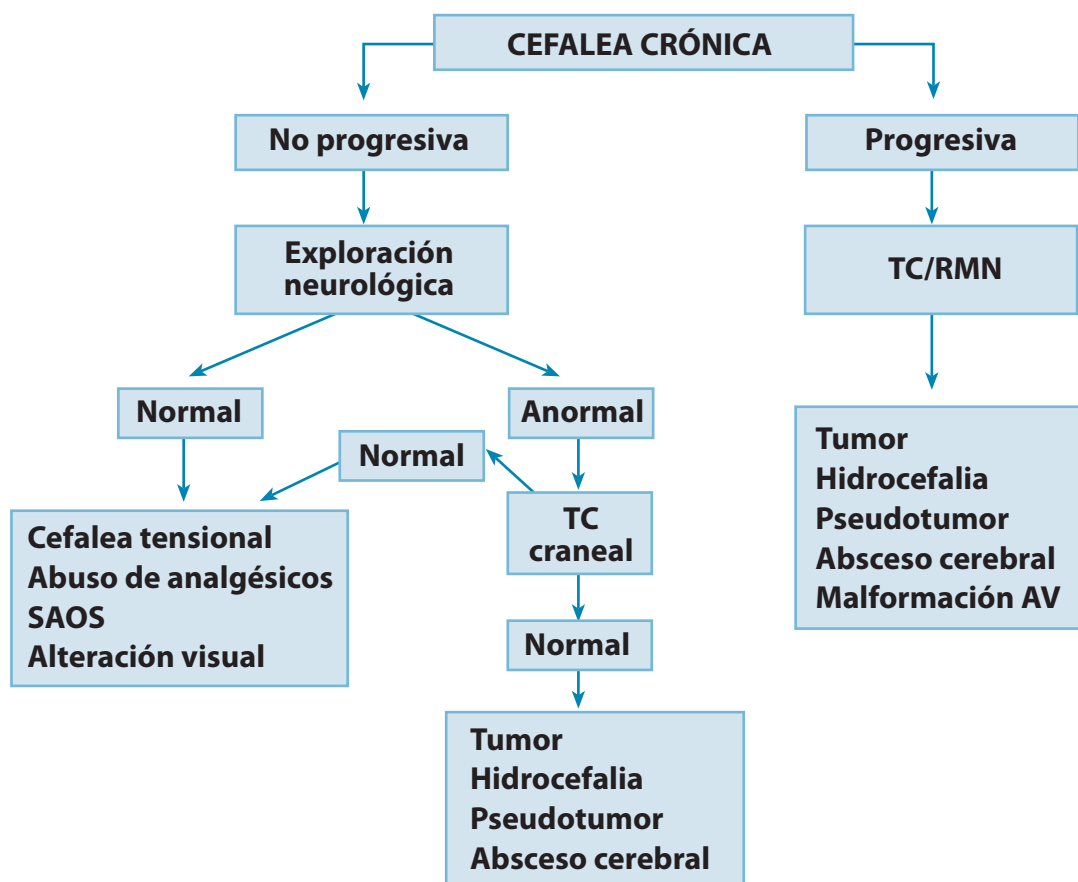


Cefalea aguda recurrente

Episodios agudos de cefalea separados por intervalos libres de sintomatología. Se pueden clasificar en cefalea tensional, migraña sin aura y migraña con aura (Figura 3).

Cefalea crónica progresiva

Cefalea >15-20 días de evolución que empeora en frecuencia e intensidad con el tiempo. Puede ser la forma de presentación de enfermedades graves del sistema nervioso. La cefalea tumoral puede ser bien tolerada durante largo tiempo. Es especialmente alarmante el inicio de una cefa-

Figura 4

lea diaria en un niño que previamente no presenta dolores de cabeza y si esta le despierta por la noche (Figura 4).

Cefalea crónica no progresiva

Cefalea >15-20 días de evolución de intensidad estable (leve-moderada). Suele corresponder a cefaleas tensionales o migrañas (Figura 4).

Cefalea mixta

Varios tipos de cefalea en un mismo paciente.

DIAGNÓSTICO

Una historia clínica bien hecha y una completa exploración neurológica son la clave para clasificar la cefalea en uno de estos 5 patrones temporales y realizar un diagnóstico correcto (Tabla I).

A ser posible, todas las preguntas deben dirigirse al propio niño, ya que si iniciamos la anamnesis requiriendo la información de forma exclusiva sobre los familiares, la información contiene una subjetivación emocional que puede falsear la información⁽¹⁰⁾. Cuando nos encontramos ante una

Tabla I. Diagnóstico diferencial

	MIGRAÑA	CEFALEA TENSIONAL	CEFALEA ORGÁNICA
EDAD DE INICIO	Infancia	Adolescencia/ Infancia	Variable
FRECUENCIA	1-30 al año	Diaria	Diaria
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	Años	Meses	Semanas/meses
DESENCADENANTES	Diversos	Ansiedad/ depresión	Hipertensión intracraneal
LOCALIZACIÓN	Frontal/hemicraneal	Occipital/ holocraneal	Variable
HORARIO	Variable	Vespertino	Matutino
INTENSIDAD	Moderada/intensa	Leve/moderada	Leve/moderada
CALIDAD	Pulsátil	Opresiva	Opresiva
SIGNOS ASOCIADOS	Aura visual, náuseas, vómitos, sono/fotofobia	Ansiedad, "mareo", sonofobia	Cambios de carácter, vómitos, signos neurológicos+
DURACIÓN	Horas	Constante	Diaria
ANTECEDENTES FAMILIARES	Frecuentes	Posibles	No

historia típica de cefalea primaria con una exploración neurológica normal, no es necesario realizar pruebas complementarias⁽¹¹⁾.

Dentro de la **historia clínica** deberemos recoger:

- Datos de filiación, edad y sexo.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales: enfermedades previas, traumatismo craneoencefálico, epilepsia, dolores abdominales crónicos, vómitos cíclicos... Es importante recoger datos sobre rendimiento escolar, exigencias académicas, relaciones sociales, apetito, sueño...
- Forma de presentación: inicio brusco (hemorragia subaracnoidea, esfuerzo físico, hidrocefalia obstructiva, cefalea punzante idiopática...) o inicio subagudo y de intensidad progresiva (procesos expansivos intracraneales).
- Frecuencia: formas episódicas (cefalea tensional) o progresiva (hipertensión intracraneal, HIC).
- Horario: tarde-noche (cefalea tensional), mañana o despierta por la noche (hipertensión intracraneal).
- Intensidad: es el criterio más difícil de identificar. La podemos cuantificar según si interfiere o no en la actividad en curso. Puede ser leve (cefaleas tensionales), moderada-grave (migraña, cefalea en racimos), aumento de forma progresiva (hipertensión intracraneal) o intensidad extrema sin antecedentes previo (hemorragia subaracnoidea).
- Duración: si se modifica por la administración de analgésicos y reposo nocturno. Si se prolonga en días y semanas y aumenta su intensidad debemos descartar hipertensión intracraneal.

- Calidad: difícil de valorar en la infancia. La forma pulsátil suele aparecer en la migraña y la opresiva en la cefalea tensional.
- Localización: unilateral (migraña) o bilateral y difusa (cefalea tensional).
- Factores moduladores: factores agravantes o desencadenantes (ruido, luz, tensión psíquica, ejercicio, alimentos, ayuno). Debemos investigar la presencia de estrés como desencadenante (conflictos familiares, factores emocionales y presión educativa).
- Síntomas acompañantes: el 15% se acompaña de aura. La aparición de alteraciones visuales, sensitivas, debilidad, alteración del lenguaje y/o parestesias que duran más tiempo de lo habitual obligan a descartar la existencia de alteraciones cerebrales estructurales⁽¹²⁾.

Además de una correcta anamnesis, debemos realizar una adecuada exploración física del paciente centrándonos en los siguientes puntos: inspección y estado general del paciente; auscultación cardiorrespiratoria; palpación abdominal y exploración del raquis; exploración neurológica: nivel de conciencia, sensibilidad, fuerza, tono, reflejos osteotendinosos, pares craneales, pruebas cerebrosas, marcha; exploración oftalmológica: agudeza visual, campimetría de confrontación, fondo de ojo; tensión arterial y perímetro encefálico.

En cuanto a las **pruebas complementarias**, no se realizan de rutina en la valoración de un niño con cefaleas. Las indicaciones de realización de **pruebas de neuroimagen** (TAC, RMN) son las siguientes:

- Traumatismo craneoencefálico.
- Portadores de derivación ventriculoperitoneal.
- Aparición de signos de alarma (sospecha de organicidad, HIC) (Tabla II).
- Migrañas de evolución no habitual.

Tabla II. Signos de alarma (sospecha de organicidad y/o hipertensión intracraneal)

- Aparición de signos y síntomas neurológicos persistentes.
- Síntomas visuales permanentes.
- Edema de papila.
- Cambio del patrón de una cefalea previa.
- Inicio de una cefalea frecuente en un paciente que previamente no solía tener.
- Cefalea que despierta durante el sueño.
- Cefalea horaria matutina.
- Cambio de carácter o disminución del rendimiento escolar.
- Menores de 5 años.
- Macrocefalia.
- Crisis epilépticas.
- Astenia, anorexia, pérdida de peso, detención de la velocidad de crecimiento, distomías cutáneas.
- Cefalea unilateral muy localizada.
- Dolor que se agrava con los cambios de posición.

La TAC es la técnica de elección en situaciones de urgencia. Proporciona más información en la evolución de un infarto hemorrágico y de la hemorragia intracerebral y subaracnoidea (HSA); también es muy sensible en la detección de calcificaciones intracraneales. La RM es la técnica de neuroimagen de elección en casos de cefalea recurrente. Evita la radiación, permite observar con claridad la fosa posterior y el tronco cerebral y es excelente para la distinción de la sustancia blanca y gris.

Las pruebas de laboratorio sólo se deben realizar si se sospecha la existencia de enfermedades sistémicas. Hay que realizar estudios de coagulabilidad en pacientes que presenten focalidad neurológica seguida de cefalea, si ésta no cumple los criterios de migraña con aura. El electroencefalograma en general no está indicado. La punción lumbar sólo se indica si existe sospecha HSA con TAC normal, o bien para realizar medición presión líquido cefalorraquídeo (LCR) en los casos de sospecha de hipertensión intracraneal benigna, o en casos de sospecha de infección intracraneal.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN UNIDADES NEUROPEDIATRÍA

Las cefaleas tensionales y migrañas, que representan la amplia mayoría de las cefaleas recurrentes, son patologías que deben ser manejadas a nivel primario, y no corresponde derivación a nivel secundario salvo en las siguientes ocasiones.

Se debe derivar al Servicio de Urgencias a todo paciente:

- Con cefalea aguda, fiebre y sospecha de infección del Sistema Nervioso Central (SNC).
- Cefalea aguda de inicio paroxístico, intenso, sugerente de accidente vascular encefálico o con signos de hipertensión endocraneana.
- Cefalea crónica con anormalidades en el examen neurológico con sospecha de proceso expansivo intracraneal.

Se derivará a Neuropediatría a todo paciente con:

- Mala respuesta al tratamiento a nivel primario, ya sea de la crisis o profiláctico.
- Cefalea con cambio en el patrón del dolor.
- Todo niño <5 años con cefalea.

Serán hospitalizados:

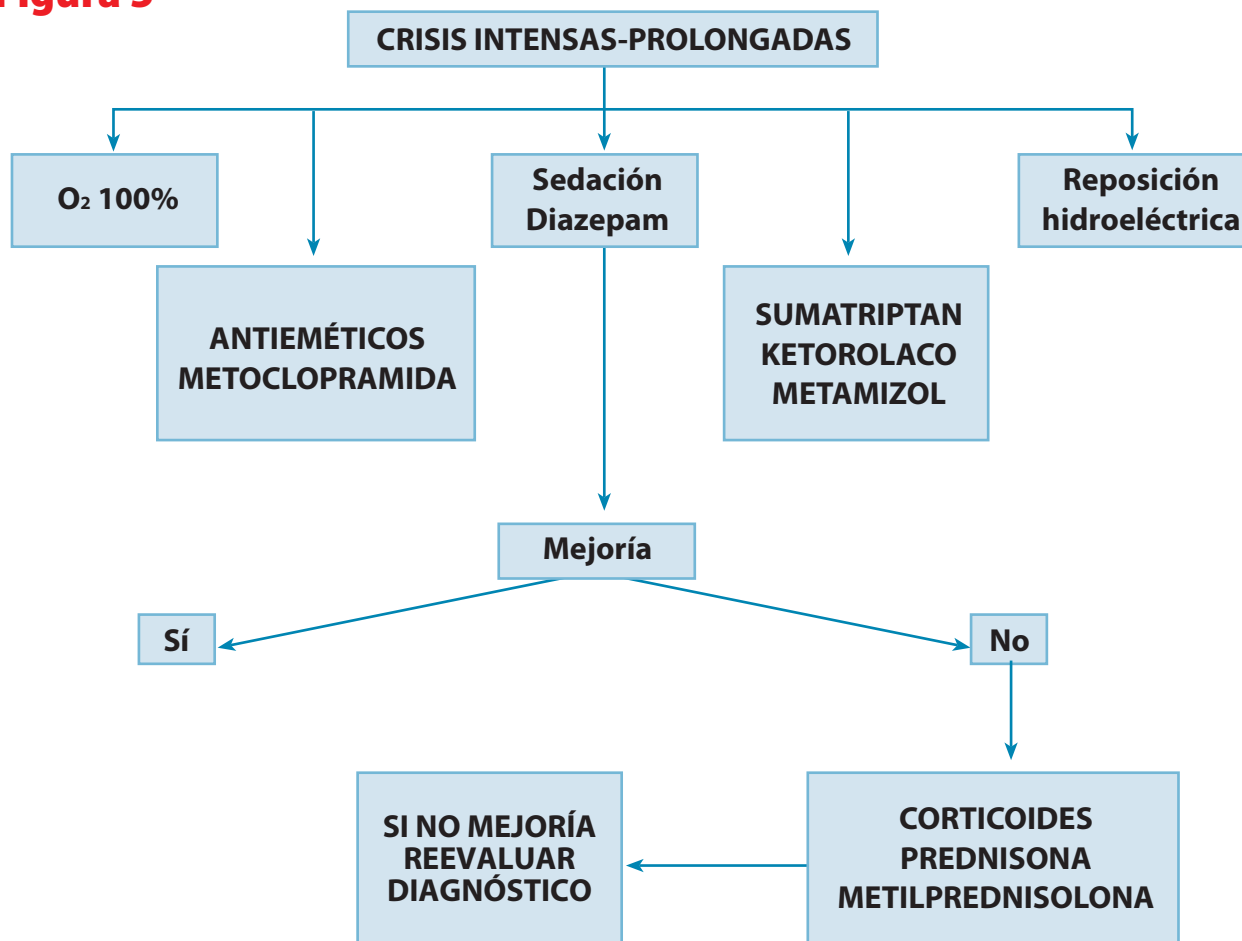
- Pacientes en que se sospeche hipertensión endocraneana para su estudio expeditivo y resolución rápida.
- Se derivará a Neurocirugía a pacientes en los que se confirme proceso expansivo intracraneano de resolución neuroquirúrgica.
- Pacientes con estatus migrañoso para su estudio y tratamiento con corticoides.
- Cefaleas que interrumpen y comprometen la vida diaria a nivel escolar o familiar.

Tabla III. Dosis Farmacológicas

- Paracetamol: 15 mg/kg/dosis cd 4-6 h vo
- Ibuprofeno: 5-10 mg/kg/dosis cd 6-8 h vo
- Metamizol: 10-20 mg/kg/dosis cd 6-8 h vo; 20-40 mg/kg/dosis cd 6-8 h iv
- Ketorolaco: Bolo 0,5 mg/kg iv; (máx 15 mg), continuar cd 6 h
- Metoclopramida: 0,1 mg/kg/dosis (se puede repetir 6-8 h)
- Diazepam: 0,1 mg/kg/dosis iv
- Dexametasona y Metilprednisolona: 0,5 mg/Kg/dosis cd 6h iv
- Sumatriptan intranasal: 5-10-20 mg (se puede repetir a 2 horas)

TRATAMIENTO Y PROFILAXIS

En la Tabla III se indican las dosis de los fármacos más habituales utilizados para el tratamiento de las cefaleas. Los fármacos más habituales para las crisis leves-moderadas son el paracetamol, ibuprofeno y el metamizol. Es importante mantener reposo en un lugar tranquilo con luz tenue. Las técnicas conductuales de relajación mediante *biofeedback* han demostrado su utilidad en la prevención de las cefaleas tensionales en los niños⁽¹³⁾. En la Figura 5 se muestran las opciones tera-

Figura 5

péuticas en un Servicio de Urgencias ante las crisis intensas y/o prolongadas de cefalea. El uso de sumatriptan intranasal está aprobado por la FDA en pacientes mayores de 12 años, y se ha demostrado eficaz en diversos estudios⁽¹⁴⁾ para el tratamiento de las migrañas. El uso de ketorolaco im/iv está aprobado en niños por encima de 2 años. Otras opciones terapéuticas son el uso de diazepam iv y metilprednisolona iv, así como oxigenoterapia y antieméticos como la metoclopramida o el ondasetron iv.

En relación con la profilaxis de los episodios migrañosos, esta debe plantearse cuando se producen más de 2 crisis de migraña al mes, cuando son muy resistentes al tratamiento durante las crisis agudas, y cuando las crisis de migraña son de tal intensidad o duración que interfieren con la actividad del paciente y menoscaban su calidad de vida, por lo que si un niño cumple alguno de estos criterios debe derivarse a la consulta de Neuropediatría para iniciar dicha profilaxis. Existen distintas opciones farmacológicas para realizar la profilaxis, como los bloqueantes de canales de calcio (flunarizina), betabloqueantes (propranolol), fármacos serotoninérgicos (ciproheptadina), fármacos anticomiciales (á. valproico), antidepresivos (amitriptilina), etc., pero el inicio de su aplicación se debe realizar de forma exclusiva en las consultas de Neuropediatría.

Ir al Test de Evaluación

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintana Prada MR, Poch Páez J. Cefaleas. En J. Benito, C. Luaces, S. Mintegui, J. Pou. Tratado de Urgencias en Pediatría. Ergon, 2005; p. 490-4.
2. King C. Headache, in Gary R. Fleisher, Ludwig S. Textbook of Pediatric Emergency Medicine. Lippincott Williams, 2006; 511-19.
3. Campo-Castelló J. Cefaleas. Asociación Española de Pediatría (eds.) Protocolos diagnósticos y terapéuticos de Neurología (Pediatría), 2000: 235-43.
4. Artigas J, Garaiza C, Mulas F, Rufo M. Cefaleas en la infancia y la adolescencia. Ed. Ergon, Madrid, 2003: 134-41.
5. Hamalainen M, Jones M, Loftus J, Sainers J. Sumatriptan nasal spray for migraine: a review of studies in patient aged 17 years and younger. *Int J Clin Pract* 2002 Nov; 56 (9): 704-9.
6. Lewis DW, Quereshi F. Acute Headache in children and adolescent presenting to the emergency department. *Headache* 2000 Nov; 106 (5) : 989-97
7. Fernández-Jaén A, Calleja-Pérez B, Anciones B. Consulta diaria. Qué haría usted ante... un niño con cefalea. *Med Integral* 2001; 38 (4): 149-55.
8. Anttila P, Metsähonkala L, Helenius H, et al. Predisposing and provoking factors in childhood headache. *Headache* 2000; 40: 351-6.
9. Masi G, Favilla L, Millepiedi S. Somatic symptoms in children and adolescent referred for emotional and behavioral disorders. *Psychiatry* 2000; 63: 140-9.
10. Rhee H. Prevalence and predictors of headache in US adolescent. *Headache* 2000; 40: 520-38.
11. Burton LJ, Quinn B, Pratt-Cheney JL. Headache etiology in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1997; 13: 1-4.
12. Dooley J, Bagnell A. The prognosis and treatment of headaches in children - a ten year follow-up. *Can J Neurol Sci* 1995; 22: 47-9.
13. Lewis D, Ashwal S, Hirtz D, Yonker M, Silberstein S. Practice Parameter: Pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescent: Report of the American Academy of Neurology Quality Standard Subcommittee and the Practice Committee of the Chile Neurology Society. *Neurology* 2004; 63: 2215-24.
14. Lewis D, Ashwal S, Dahl G, Dorbad D, Hirtz A, Pinsky, Jarjour I. Practice Parameter: Evaluation of children and adolescent with recurrent headaches: Report of the American Academy of Neurology Quality Standard Subcommittee and the Practice Committee of the Chile Neurology Society. *Neurology* 2002; 59: 490-98.